

## **SOLICITUD DE SEGURO**

TOMADOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DIRECCION: _____ C.P. _____ POBLACIÓN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ TELEFONO: _____			DNI/NIF: _____  PROVINCIA: _____  FECHA CARNET: _____
PROPIETARIO	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DIRECCION: _____ C.P. _____ POBLACIÓN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____			DNI/NIF: _____  PROVINCIA: _____  FECHA CARNET: _____
CONDUCTOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DIRECCION: _____ C.P. _____ POBLACIÓN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____			DNI/NIF: _____  PROVINCIA: _____  FECHA CARNET: _____
OTROS	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA NACIMIENTO: _____			DNI/NIF: _____  FECHA CARNET: _____
VEHICULO	MARCA/MODELO: _____ C.C. _____ C.V. _____ MATRICULA: _____ FECHA 1º MATRICULACION: _____ TIPO DE VEHICULO: _____ PÚBLICO PMA (Kgs): _____ REMOLQUE LIGERO: <b>DESCRIPCIÓN Y VALOR DE ACCESORIOS:</b> _____			
COBERTURAS	TERCEROS TERCEROS+LUNAS TERCEROS COMBINADO (ROBO,INCENDIO,LUNAS) TERCEROS COMBINADO+PERDIDA TOTAL			TODO RIESGO TODO RIESGO+FRANQUICIA (IMPORTE) _____
	DURACION	FECHA ENTRADA EN VIGOR	FORMA DE PAGO	
	_____	_____	ANUAL	SEMESTRAL
DOMICILIO DE PAGO	BANCO: _____ ENTIDAD _____ OFICINA _____ DC _____ N° CUENTA _____ CODIGO DOMICILIACIÓN: _____			
CONFORMIDAD	El solicitante declara que QUEDA ENTERADO de las coberturas solicitadas  Firma _____  Nombre y apellidos _____ DNI _____ FECHA: _____			